

令和〇〇年〇月〇日

大阪府立大阪南視覚支援学校長 様

児童生徒名は書かない
いでください。

〇〇〇〇学校
校長 〇〇〇〇

教育相談について（依頼）

標記について、本校に在籍する〇年生の盲（または、弱視）児童（または生徒）について、下記のとおり教育相談をお願いしたく存じます。

つきましては、教育支援室の担当教諭の派遣について、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

記

個人名は不要です

1. 日 時 令和〇〇年〇月〇日（〇）
午後〇〇

2. 場 所 〇〇市立〇〇学校
〇〇市〇〇町〇丁目〇号
電話

何時～のみで構いません

3. 内 容

〇〇〇〇〇〇〇〇

F A X

必ずご記入ください